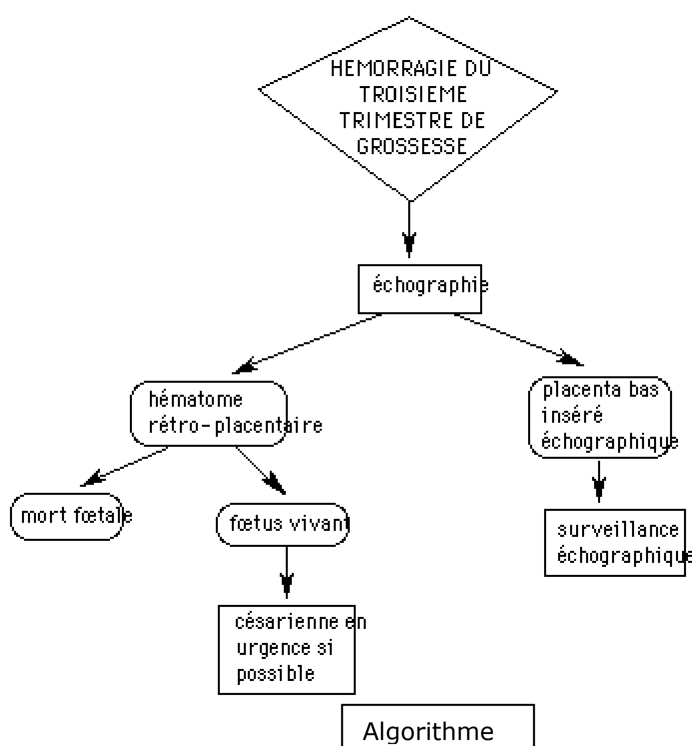
Hémorragie du 3e trimestre de grossesse Q 021

*Urgence HRP Placenta prævia **Jamais de TV intracervical***

Orientation diagnostique

- **APPRECIER L'IMPORTANCE DE L'HEMORRAGIE**
  - **Quantité de sang extériorisée, existence ou non de caillots**
  - **Retentissement maternel : pouls TA signes d'état de choc**

- **EXAMEN OBSTETRICAL**
  - **Interrogatoire**
    - Déroulement de la grossesse
    - ATCD : HTA, néphropathie, cicatrices utérines, curetages, endométrites, patho de la coagulation,…
    - Notion de traumatisme abdominal
  - **Examen au spéculum**
    - Confirme l'origine utérine de l'hémorragie (50% des hgies du 3°trim.)
    - Peut retrouver une cause locale aux saignements
    - Eliminer une RPM
  - **Palpation de l'utérus**
    - apprécie le tonus utérin
    - l'existence ou l'absence de contractions
    - la position du fœtus
  - **Auscultation des bruits du cœur fœtal** (renseigne sur la vitalité du fœtus)
  - **Echo**[Q]
    - Recherche de la cause de l'hémorragie
    - Evalue la vitalité fœtale
    - Biométries fœtales
    - EchoG vaginale du col
  - **Toucher vaginal prudent +++**
    - apprécie l'état du col, longueur, ouverture à l'orifice externe
    - position postérieure, centrale ou excentrée
  - **Monitorage** (ERCF + tocométrie) => à la recherche d'une souffrance fœtale (cf Q 157)



Algorithme

Diagnostic étiologique

- **HEMORRAGIES NON GRAVIDIQUES**
  - **Cancer du col** (exceptionnel)
  - **Expulsion d'un bouchon muqueux =** sang + glaires => **rentrée en travail**
  - **Ectropion cervical**
  - **Cervicite :** éversion de la muqueuse endocervicale au niveau du col sur plus de 1 cm
  - **Polype cervical décidualisé** [Q]

- **HEMORRAGIES ENDO-UTERINES**
  - **Placenta prævia** [Q] **= PP =>** **PAS DE TV**

→ **Definition :**
- **Placenta s'insèrant en partie ou en totalité sur le segment inférieur**[Q] **de l'utérus**. On ne peut en parler qu'à partir du 3ième trimestre car le segment inferieur est absent avant cette date : on parle alors de placenta bas inséré[D]. Il est assez fréquent et se corrige ds 90 % des cas lors de la formation du segment inférieur (contrôle écho[D] au 7ième mois + surveillance NFS[D]: anémie)

→ **Fréquence** : **0,5** à **1** % des grossesses

→ **Facteur étiologique reconnu**
- Toute **cicatrice** muqueuse à proximité du col est un facteur de risque car le placenta s'insère là où l'utérus est irrégulier : **Myomectomie**[Q] (fibrome), **césarienne**[D], **IVG**, **curetage**[D], **synéchies**, utérus **malformé**, **ATCD** de FCS ou de placenta praevia
- L'**hypertrophie placentaire sur grossesse multiple** est un fdr.
- **2 facteurs mineurs** : **Multiparité**[D] et **âge > 35 ans** [D]

→ **Plusieurs variétés anatomiques** :
- **Latéral** : bord inf s'insère à distance de l'orifice interne du col
- **Marginal** : bord inf approche l'orifice interne du col sans le recouvrir
- **Recouvrant ou central** : l'orifice interne du col est recouvert

Risque hémorragique faible si bord inf à plus de 3 cm de l'orifice interne ; important si < 3 cm.

→ **Evolution :** les rapports du placenta avec l'orifice interne du col peuvent évoluer entre le 2e et le 3e trimestre un placenta initialement marginal peut devenir latéral. Le + svt, **PP latéral ou marginal st asymptomatiques** (découverts à l'échoG du 7ième mois =32 SA[Q]). Le **placenta recouvrant saigne**, le + svt, dès le 6ième mois.

→ **Présentation clinique**
- Chez une gestante au 3ième trimestre le placenta praevia est le **1ier diagnostic à évoquer** devant une hgie.
- **MTR abondante de sang rouge indolore**[D], ou à l'occasion de **CU**[Q] peu ressenties, volontiers **récidivantes**. Elles peuvent se répéter à chaque contraction. Elles cèdent volontiers selon le terme au repos alité et aux β +. Le **retentissement** maternel peut être très **variable**. (simple anémie => collapsus)

→ **A l'examen**
- **Abdomen :**
  - ✓ **Utérus souple**, hauteur utérine est normale pour le terme
  - ✓ Présentation fœtale : haute, mobile, svt anormale : transversale ou siège.
  - ✓ **BDCF sont perçus, normaux**
- **Spéculum** : confirme l'o.endo-utérine des saignements
- **TV : il ne sera pas effectué avant que l'échographie ait éliminé la possibilité d'un Placenta Praevia** : le TV s'il est intracervical risque de provoquer une Hgie imposant la césarienne en urgence. (Amnioscopie CI ++)

→ **Echographie ++++++**
- Au mieux vessie pleine (repérage par rapport à la paroi post de la vessie) et par voie endovaginale
- Classification de **Bessis**
  - ✓ Stade I : placenta prævia latéral
  - ✓ Stade II : placenta prævia marginal
  - ✓ Stade III : recouvre partiellement le col, c'est le placenta prævia partiel.
  - ✓ Stade IV : placenta prævia recouvrant

→ **TV après echoG**
- Segment inf mal formé, placenta entre le doigt et la présentation (matelas placentaire), présentation haute.

→ **Complications**

- **Complication maternelle**
  - ✓ Grave surtt si hémorragie abondante et recidivante sur placenta recouvrant, placenta accreta ou percreta
  - ✓ **Hémorragie de la délivrance** +++[D]
    - Secondaire à une **mauvaise rétraction** du **segment inferieur** en post partum (+++) ou en cas de **clivage difficile sur placenta accreta** ou **percreta** (rarissime)
    - **Placenta accreta** : Insertion basse dans le myomètre sans qu'il y ait de plan de clivage entre myomètre et placenta.
    - **Placenta percreta** : Possible insertion au delà du myomètre (face post de la vessie/rectum) => nécessité d'une hysterectomie d'hémostase.
    - Placenta accreta et percreta ne st pas systématiquement praevia.
  - ✓ **Risque thromboembolique** ++++, **endométrite**
  - ✓ **25 % des morts maternelles sur hgie se font sur Placenta Praevia.**

- **Complication fœtale**
  - ✓ La malposition placentaire favorise les **présentations dystociques**[Q] (transverse et siège), la **procidence du cordon** (présentation haute excentrée, insertion svt vélamenteuse du cordon) et la **RPM**[Q]
  - ✓ **Hypotrophie** (anémie, prématurité) et **prématurité** (iatrogène, RPM) st aussi favorisés
  - ✓ **Souffrance fœtale aigue**[Q] sur **anémie fœtale**[Q] post **hémorragique maternelle ou fœtale**
    - Au 3e trim, dvpt du segment inf + rapide que celui du placenta => Vx unissant le placenta et le segment inf peuvent se rompre
    - Hémorragie d'origine maternelle provenant des sinus veineux de la caduque
    - Hémorragie d'origine fœtale si déchirure de villosités

→ **CAT** (ttt et modes d'accouchement)

- **Tout PP** recouvrant ou non impose l'**hospitalisation**, une VVP, un bilan préop (Hb, groupe, coag, …)
- Transfusion de sang phénotypé si anémie
- **Repos strict au lit** [D]
- **Prévention de l'allo-immunisation rhésique** si Rh -
- Si **loin du terme et saignement peu abondant + bien-être fœtal** :
  - ✓ Transfert en **centre de niveau III** (possédant une réa néonat)
  - ✓ **Tocolyse** à faible dose (CU favorise hgie) + **maturation pulmonaire** (<34 SA) car évolution imprévisible
  - ✓ En cas de saignement persistant, **accouchement en urgence** : **Tentative** d'accouchement par **voie basse**[Q] **en cas de PP non recouvrant**. Si échec, **césarienne**. (Parfois d'emblée)
- Si placenta **recouvrant** (stade III, IV) et / **ou saignement important** + **souffrance fœtale** (hgie maternelle ou fœtale)
  - ✓ **Césarienne** après une dose de **Célestène** en urgence même ds un niveau I (**CI au transfert**)
- En cas de diagnostic de PP durant le travail[Q], si **recouvrant** : la **césarienne** s'impose et si **non recouvrant** : la **rupture large et précoce de la poche des eaux**[Q] doit être essayée avt d'envisager la césarienne.
- Dans ts les cas : délivrance artificielle, révision utérine, ocytociques

□ **Hématome rétroplacentaire** [Q]**= HRP**

→ **Definition**

- **Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré**[Q] secondaire à un infarctus placentaire responsable d'un **hématome décidual basal** entre placenta et paroi utérine. Un HRP est différent d'un hématome décidual marginal = déchirure d'une veine utéro-placentaire marginale créant un hématome qui décolle le bord latéral du placenta souvent situé dans ce cas en position prævia.
- **Urgence obstétricale : décès fœtal** quasi-obligatoire et **risque vital majeur pour la mère**

→ **Fréquence** : 0.25 à 0.5% des grossesses

→ **Les facteurs étiologiques**

- ✓ Le facteur essentiel est **l'HTA préexistante** (40%) à la grossesse expliquant la fréquence accrue chez les femmes « agées », multipare, tabagique, consommation de cocaïne
- ✓ Autre facteur assez classique mais remis en question : la **toxémie gravidique** (15%) et la pré-éclampsie. De plus on confond svt les symptomes qui résultent de l'HRP lui-même (HTA, protéinurie temoin de l'aggression ischémique) avec ceux de la toxémie.
- ✓ **Anomalie de l'hémostase** : Sd des APL, deficit en prot C, prot S, RCPA
- ✓ **Traumatisme ou choc abdominal** (1%) peuvent être à l'origine d'un HRP.
- ✓ **Autres** : brutale variation du volume utérin lors de l'évacuation d'un hydramnios
- ✓ Dans 30 % des cas, aucune cause déclenchante n'est retrouvée.

→ **Forme typique**

- Accident brutal sans prodrome chez une gestante HTA au 3ième trimestre
- **Douleur abdominale intense et permanente** en « coup de poignard » hypogastrique irradiant en arr avec fqte diffusion à l'ensemble de l'abdomen.
- **MTR noirâtres svt modérées**[Q] **sans rapport avec l'état de choc**[Q] svt important (hypoTA peut être masquée chez une patiente présentant une HTA gravidique)
- **A l'examen :**
  - ✓ **Utérus très dur tonique**[Q] **douloureux** spontanément et à la palpation, **HU augmentée**[Q] (HRP)
  - ✓ TV : **col dur** svt encore **fermé** (si ouvert PDE tendues), segment inf très bien amplié et dur
  - ✓ **BDCF : absent**[Q] ou si persiste **SFA** (**deep II** : ralentissement tardif et profond -/- aux CU +++)
- **Ce tableau typique est relativement rare**.

→ **Forme atypique fréquente**

- Un hématome minime peut se traduire seulement par des signes de souffrance fœtale ou MAP chez une patiente présentant une prééclampsie.
- HRP peut se développer sur un P.prævia => souffrance fœtale que l'importance des saignements n'explique pas.
- HRP peut se manifester au cours du travail par des MTR, une hypertonie, une hypercinésie utérine, une SFA
- Possible tableau de mort fœtale in utéro asymptomatique.

→ **Complications**

- ***Hémorragique***
  - ✓ Période la + dangereuse : la délivrance
  - ✓ Lors d'un HRP, passage dans la circulation maternelle de thromboplastines déciduales + facteurs de coagulation activés => **CIVD** (10%) : **Hémorragie aigue gravissime ou subaigue**
- ***Complications rénales***
  - ✓ **IRA** oligoanurique soit **fonctionnelle** (sur hypovolémie), soit organique : Nécrose tubulaire aigue **NTA** (Ischémie, toxicité directe ds CIVD) ou rare **nécrose corticale aigue** (aspect de NTA ne recupérant pas ds les délais habituels spécifiques au CIVD)
- ***Complications hypophysaires :*** Sd de **Sheehan** : nécrose de l'antéhypophyse

→ **Bilan en urgence**

- ***L'échographie*** n'a que peu d'intérêt dans les formes typiques
  - ✓ Ds les formes atypiq ou « précoce » : image anéchogène linéaire ou biconcave bien limitée (HRP) : 25%
  - ✓ Localisation précise du placenta et permet d'éliminer le diagnostic de placenta prævia
  - ✓ Evaluation de la vitalité fœtale et du poids fœtal.
- ***L'évaluation de l'état maternel*** doit être réalisée en urgence : groupe sanguin, Rhésus, NFS plaquettes, créatinine, transa, la protéinurie[Q] et un bilan d'hémostase complet pour apprécier l'importance de la CIVD.
- ***L'évaluation de l'état fœtal***, lorsque le fœtus est vivant (décès 9/10), comprend l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et éventuellement un examen échographique dans les formes atypiques mineures.

→ **Surveillance intensive maternelle** hémodynamique, biologique et de la diurèse est instaurée.

→ **Traitement**

- Prise en charge du choc hypovolémique maternel (cf) avec évaluation précise des pertes hémorragiques
- Ttt antalgique : Nubain®
- Ttt de la CIVD : PFC, CGR +/- fibrinogène
- Extraction en urgence du fœtus (au max ds les 6 h après le début de l'HRP)
  - ✓ **Si le fœtus est vivant :** extraction par césarienne (NB : si l'accouchement est imminent, on peut espérer l'accouchement par voie basse => peu réalisé)
  - ✓ **Si le fœtus est mort :**
    - Rupture des membranes peut suffire à l'expulsion rapide par voie basse
    - Si insuffisant : Syntocinon (ocytocine) et accouchement par voie basse
    - En dernier recours : la césarienne car risque hémorragique per et post op + laisse un utérus cicatriciel pour un enfant mort.
  - ✓ **Lors d'une grossesse ultérieure** => surveillance intensive => **risque de récidive de HRP** + prescription d'**aspirine** peut être discutée à partir de la **16e SA** jusqu'au 8ième mois surtt si ctexte de prééclampsie et de RCIU
- **Prévenir l'allo-immunisation** en cas de femme Rh -.

- **AUTRES DIAGNOSTICS D'HEMORRAGIE DU 3E TRIMESTRE**

  - **Rupture utérine** [Q]

    → **En dehors du travail, la rupture est un accident exceptionnel**
      - ✓ **Douleurs** utérines vives avec **défense** a la palpation abdominale
      - ✓ Etat de **choc**
      - ✓ **Saignement inconstant** qui, en général, est minime
      - ✓ Palper le **fœtus** directement **sous la paroi** abdominale
    - Le fœtus meurt habituellement lors de la rupture utérine
    - Rupture utérine survient sur un **utérus cicatriciel** (ATCD de myomectomie, de césarienne ou d'hystéroplastie) et, plus exceptionnellement, lors d'un **traumatisme** soit direct, soit indirect et la rupture siège alors sur la face postérieure de l'utérus.
    - Traitement : **laparotomie** afin d'assurer l'**hémostase**.

    → **La rupture d'une cicatrice de césarienne lors d'un essai d'accouchement par voie basse**
    - Moins exceptionnelle : **douleur**, saignement de **sang rouge**, une **modification** de la **dynamique** utérine et une **souffrance fœtale**. La symptomatologie est rarement complète

  - **Hémorragie de Benckiser**
    - Hémorragie **fœtale** par **dilacération d'un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux insérés sur les membranes**.
    - Survient lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux.
    - Complique 1 / 3 à 5.000 grossesse
    - Le risque fœtal est majeur avec une mortalité de **50 à 100 %.**
    - Saignement indolore lors de la rupture des membranes, sans modification de l'état maternel avec souffrance fœtale immédiate.
    - Elle doit être distinguée de l'hématome décidual marginal (cf ci dessous)

  - **Décollement placentaire sur hématome décidual marginal**
    - Par la rupture d'un sinus marginal sur un placenta bas inséré responsable d'un hématome décidual marginal = saignement est d'origine maternelle et ne s'accompagne pas de souffrance fœtale
    - Hgie de faible volume non douloureuse
    - Echo visualise l'épanchement et élimine autres diagnostics.
    - **CAT** :
      - ✓ Hospitalisation
      - ✓ ERCF
      - ✓ Echo à 48h
    - **Si normal** : Au repos + 2 ERCF/sem + contrôle à J15

  - **Menace d'accouchement prématuré**
    - MTR < 37 SA
    - Ø hématome
    - TV :col NON modifié
    - Contractions (dl lombaires)
    - Echo endovaginale :
      - ✓ fait le diag. de modifications du col au niveau de l'orifice INTERNE
      - ✓ fœtus normal
    - CAT :repos + tocolyse ± maturation pulmonaire selon le terme

Source : Fiche RDP, RDP 98-99, Cours P.Boulot, QCM Intest 2000 (très radin)

Penser aux GAMMA-GLOBULINES si Rh – dans tous les cas de métrorragies